

HANDLINGSPLAN

**för arbetet med standardiserade vårdförlopp i Region
Västernorrland enligt överenskommelsen mellan regeringen
och SKL om kortare väntetider i cancervården 2018**

2018

Handlingsplanen är utarbetad av:

Ann Holmström, Malin Isaksson och Åsa Cantzler i
samråd med företrädare för berörda
Länsverksamhetsområden.

Handlingsplanen är därefter förankrad med företrädare för länets
tre största patientföreningar med fokus på cancersjukvård
respektive med patient- och närståendeföreträdare vilka ingår i
landstingets diagnosberoende patient- och närståenderåd.
Därefter kvalitetsgranskad av Länsverksamhetschef Lena Carlsson
tillika ordförande i Lokala Cancerrådet och fastställd av
regiondirektör Hans Viklund.

1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017

1.1 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

- a) *Vad är landstingets erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider?*

Införandet av obokade tider samt tillsättandet av koordinatörer har varit viktiga framgångsfaktorer i införandet. För varje vårdförlopp finns i nuläget en organisation med koordinator och kontaktsjuksköterska. I de fall där obokade tider är nödvändigt är detta infört. SVF är ännu inte helt förankrad i Primärvårdens organisation. Det gäller kännedom om SVFs mål, syfte och medföljande arbetssätt. I PREM-enkäten ser vi att information och delaktighet är identifierade förbättringspunkter i SVF-arbetet. Vi kan se att dessa områden har förbättringspotential i samverkan mellan våra förvaltningar. Se *punkt 6.2*.

Genom ökad information och delaktighet i organisationens alla led ökar förutsättningar för att nå målen 2020. Information och delaktighet är identifierat som ett fokusområde av RVNs ledning.

- b) *Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2015–2017 lett till förändringar i upplägget inför 2018? I så fall på vilket sätt?*

Sedan 1 nov 2017 har följande förändringar/utvecklingsarbete initierats:

- Under 2018 kommer funktionen lokala processledare att inrättas hos respektive förlopp. Införandet ligger i linje med projektets fas, från införandet till förvaltning. Införandet av lokala processledare är ett naturligt steg till att respektive verksamhet i allt större omfattning ska äga sina vårdförlopp. Detta skapar större förutsättningar för god informationsöverföring och därmed ökad kvalitet.
- Lokala cancerrådet har utökats med Bild- och funktionsmedicins länsverksamhetschef. Liselott Mafi som kommer att ingå i rådet. Bild- och funktionsmedicin har beviljats utökade resurser med en koordinatorstjänst. Denna funktion ska verka som en länsövergripande kontaktperson för SVF. Detta skapar förutsättningar för fortsatt god servicenivå från en av nyckelfunktionerna i SVF.
- Från 2018 kommer även Peter Löthman, regionens hälso-och sjukvårdsdirektör att ingå i det Lokala cancerrådet.
- Införandet av utskick av kliniknära SVF-statistik. Detta är ett led att skapa ett större engagemang och delaktighet i resultaten för SVF-arbetet.
- Under 2018 planerar vi att, som ett pilotprojekt, införa SVF-INCA. Registrets ändamål är att ge patientadministrativt stöd gällande aktuella SVF-patienter och generera ledtidsstatistik med patienter som avslutat standardiserat vårdförlopp.

- Erfarenhetsutbytet mellan kontaktsjuksköterskor och koordinatörer är viktig och denna konstellation kallas för Nätverksgruppen. Heldagsmöten kommer under 2018 att arrangeras två ggr/år. Vid dessa träffar följs, bland annat, arbetet med Min vårdplan upp samt hur arbetet fortlöper inom cancerrehabilitering. Representanter från Bild- och funktionsmedicin i länet har uttryckt en önskan om att medverka vid dessa möten fortsättningsvis. Vid mötet i november 2017 deltog även verksamhetsutvecklare och enhetschefer. Informationsspridning är en utmaning i hela projektet och som ett led i det skrivs av projektledaren ett månadsbrev till Nätverksgruppen. Totalt antal personer som deltar vid dessa möten och erfarenhetsutbyten samt tar del av månadsbrevet är 47 personer. Syftet med brevet är att ge en skapa engagemang och delaktighet. Det ger information om det som händer i projektet som resultatuppföljning, pågående aktiviteter samt information om fortbildning osv.
- Arbetsgruppen inom cancerrehabilitering är numera permanent och kallas "Cancerrehabgruppen". Se vidare under punkt 3.2

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017? Mätpunkten är den 31 december 2017 och ett uttag från den nationella väntetidsdatabasen är möjligt tidigast den 1 februari 2018.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi	1	0	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	12	15	0	VLL ¹ 1	RJH ² 2	VLL 1 RJH 1
Analcancer	1	4	VLL 1	0	0	0
Bröstcancer	1	447	0	VLL 2	0	0
Bukspottkörtelcancer	14	24	VLL 8	VLL 8	0	0
Cancer i galla och	7	15	VLL 1	VLL 3	0	0

gallvägar						
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	39	51	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	5	9	0	0	0	0
Hjärntumörer	0	3	VLL 3	VLL 3	0	0
Hudmelanom	83	70	VLL 1	0	0	0
Huvud- och halscancer	23	32	VLL 44	VLL 24	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	3	2	0	0	0	0
Levercancer	15	10	VLL 2	VLL2	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	6	0	VLL 4	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	96	0	VLL 2	0	0
Lungcancer	107	93	VLL 7	VLL 13	0	0
Lymfom	59	47	0	0	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	37	22	VLL 15	VLL 6	0	0
Myelom	19	15	0	0	0	0
Njuncancer	21	12	0	UAS ³ 1	0	0
Peniscancer	14	0	USO ⁴ 2	0	0	0
Prostatacancer	861	0	SLL ⁵ 15	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	2	4	0	0	0	0
Sköldkörtelcancer	2	5	0	0	0	0
Testikelcancer	6	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	246	250	0	0	0	0
Urinblåse- och	511	336	0	0	VLL 1	0

urinvägscancer						
Äggstockscancer	0	37	0	VLL 14	0	0

¹ VLL, Västerbottens läns landsting

² RJH, Region Jämtland Härjedalen

³ UAS, Akademiska sjukhuset i Uppsala

⁴ USÖ, Universitetssjukhuset Örebro

⁵ SLL, Stockholms läns landsting

1.3 Överföring av information

a) *Hur fungerar systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget?*

Gällande koder har vi, från vår hemsida, länkat direkt till RCCs kodvägledning. Vi hänvisar till att verksamheten ska använda dessa. När en välgrundad misstanke om cancer konstateras i primärvården kryssas en ruta, standardiserade vårdförlopp, i på konsultremissen. När remissen anländer till specialistvården registreras SVF-koden i datajournalen. Detta görs oftast av koordinator eller medicinsk sekreterare. Datumet på koden blir då det datum då remissen från primärvården skrevs, om inget annat anges på remissen. När det sedan finns en avslutskod för det standardiserade vårdförloppet går statistik över till väntetidsdatabasen SVANTE. Om det saknas en kod för välgrundad misstanke om cancer eller om det finns dubbla avslutskoder får vi med det på en fellista som då skickas ut till ansvarig koordinator för åtgärd.

b) *Hur säkerställer landstinget i nuläget en effektiv kvalitetssäkring av data till den nationella väntetidsdatabasen?*

Vi har kontroller i systemet som sänder registreringar till SKL. Vi får fellistor om registreringar inte matchar enligt valideringar, datum, koder och om inte start av VGM är registrerad. Används en kod som är exkluderad går inte rapporten iväg till SKL utan granskas och justeras manuellt innan de sänds. Koordinatorer i verksamheten använder journalverktyget "Projekt". Där sker kontroll att alla patienter som passerar också registreras.

- c) *Hur har landstinget löst frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?*

När vi skickar patienten för behandling i annat landsting sätter vi en överflyttningskod. För att undvika dubbelregistreringar, annat landsting och RVN, så registrerar SVANTE (se ovan) att patienter som får överflyttningskoden inte skickas till SKL, utan skall rapporteras av annat landsting.

2. Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018

Tre SVF har fastställts för införande under 2018: buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer. Beskriv planen.

2.1 Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för år 2018 ut, för respektive SVF? Ange när koordinatorfunktion och obokade tider ska finnas på plats samt när landstinget ska börja inkludera patienter i respektive SVF?

Beskriv även hur landstinget avser att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården samt i den specialiserade vården.

För respektive nytt vårdförlopp är koordinatorfunktion på plats. Respektive klinik har även fördelat vårdförloppen till ansvarig kontaktsjuksköterska. Obokade tider är införda. Under mars-april kommer information att gå ut till primärvården om SVF och vulva, buksarkom och neuroendokrina buktumörer. Enstaka patienter i de nya vårdförloppen är inkluderade.

För buksarkom förväntas antalet vara ca 10 patienter/år.

För vulva förväntas antalet vara ca 5 patienter/år.

För Neuroendokrina buktumörer förväntas antalet vara ca 10 patienter/år.

En lärdom är att vara ute i god tid under våren för att underlätta införandeprocessen. De tre nya vårdförloppen är diagnoser med ett förväntat litet antal patienter. Att fånga upp dessa patienter i våra processer är viktigt. I stort förändrar vi inte det fortsatta arbetet nämnvärt. SVF är i stor utsträckning ett allt mer etablerat arbetssätt, detta sista projektår.

Införandeprocessen av de tre nya SVF påbörjades med informationsinsatser under hösten 2017, i samband med att vårdförloppen var ute på remiss. Respektive "diagnosteam" med samtliga berörda yrkesgrupper har involverats vid införandet. Generellt utgörs de tre nya

vårdförloppen av begränsade volymer avseende antalet patienter samt med inslag av nivåstrukturering/regional handläggning.

Följande aktiviteter planeras med Primärvården och specialistvården som mottagare:

- Hemsidan, kodvägledning ligger publicerad. Nyhet upplagd om de tre nya vårdförloppen.
- Sprida till enhetscheferna vid respektive hälsocentral med uppmaningen att sprida till alla, mars 2018.
- Informationsspridning genom Läkemedelsenhetens tidning Mitt medel, mars-april 2018.
- Informationsspridning genom Vårdvals nyhetsbrev.
- Informationssatsning från specialistvården, hösten 2018.
- RVN håller hemsidan på intranätet uppdaterad med aktuell information. Denna når både specialistvården och primärvården.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya SVF och hur avser man att lösa dessa?

De vårdförlopp som införs under 2018 har en begränsad volym patienter. Tabellen nedan beskriver utmaningar i stort för arbetet med SVF.

Utmaning	Planerad åtgärd
Brist på läkare, sjuksköterskor och BMA inom flera verksamhetsområden.	Rekryteringsarbete pågår
Den kliniknära logistiken i samband med patientens besök.	Fortsatt utvecklingsarbete inom ffa planering. Stärka det kliniknära samarbetet mellan olika funktioner.
Patologen ser ett behov av elektronisk remiss för att korta själva svarshanteringen, vilket påverkar ledtiderna. Antalet SVF-prover kommer med tiden kommer att öka och att analyserna blir mer och mer sofistikerade.	Införandet av ett elektroniskt remisshanteringssystem, BoS, Beställning och svar pågår.

Information och delaktighet är en stor utmaning. Det innefattar kommunikation mellan och inom enheter likaväl som mellan regionens förvaltningar. Konsekvenserna för patienten blir bristande samordning och minskad upplevelse av delaktighet.	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad tydlighet och ansvarområden för funktionerna i respektive förlopp. • Föra dialog med kommunikationsavdelningen om policys för arbetssättet med patientinformation.
Det saknas Patolog från RVN som deltar vid multidisciplinära konferenser (MDK).	Rekrytering/utbildning
Identifierad utmaning för vulvacancer är samverkan med 4 centra. Där förväntas RVN samarbeta med alla fyra centra kring praktiska frågor som resor och upparbeta en kännedom om lokala rutiner på dessa 4 centra.	I mars planeras ett nationellt möte för vulvacancer. Norra regionen har också gemensamt lyft dessa frågor på ett nationellt plan.

3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2018 som en följd av införandet av standardiserade vårdförlopp? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.

Olika vårdprocesser har skilda utmaningar, där kliniker med brist på specialistkompetenser har svårigheter. Andra kliniker har med olika logistiklösningar fått fungerade flöden. Exempelvis genom schemaplanering och obokade tider. Det handlar dock sällan om undanträngning enligt Socialstyrelsens definition, att "med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet". Snarare är det av olika skäl svårt att inom önskad tid klara av den totala mängden patienter som en verksamhet ska hantera.

Det ökade "trycket" på Röntgen är kännbart. Risken är mycket stor för undanträngningseffekter, främst på ortopediska åkommor. Detta skall åtgärdas genom att en inrätta en länsövergripande resurs med fokus på SVF. Denna resurs kommer att stödja både röntgen och den "diagnosgäande" kliniken.

Ett ökat insjuknande i cancer och en ökad överlevnad kan komma att innebära att omprioriteringar behöver göras för att möta patienter med behov inom cancerrehabilitering. Arbetssätt implementeras under 2018 och nästa steg i detta är att i större grad involvera rehabkliniken och primärvården i det fortsatta arbetet.

3.2 Min vårdplan

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska en individuell vårdplan upprättas för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Ett generiskt underlag till en vårdplan har tagits fram genom stöd i tidigare överenskommelser. I samarbete med Inera och 1177.se har under 2016 och 2017 en elektronisk nationell vårdplan utvecklats, vilken ligger på databasen Stöd och behandling. Under 2017 har pilottest av den elektroniska nationella vårdplanen genomförts och utvärderats. Under 2018 ska den elektroniska nationella vårdplanen färdigställas och ett implementeringsarbete ska inledas i landstingen.

Hur tänker landstingen arbeta med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Tidig höst 2017 togs beslut i lokala cancerrådet att införandet av Min vårdplan ska ske. Merparten av berörda kliniker arbetar aktivt med Min vårdplan. I november 2017 gjordes en gemensam inventering av hur långt verksamheten kommit med implementering av Min vårdplan. En plan sattes för respektive verksamhet för införande av arbetssättet. Några få enheter har inte kommit igång i den utsträckning de hade önskat. Lokalbrist är ett identifierat hinder och försvårar införandet. I det konkreta innebär det att lokaler saknas för att kontaktsjuksköterskan ska ha möjlighet att sitta ned med patienten och upprätta Min Vårdplan. Det fortsatta implementeringsarbetet med Min vårdplan kommer att fortskrida under 2018. En lärdom från verksamheten är att kontaktsjuksköterska och koordinator också måste efterfråga MVP hos patienterna så att dessa tar med sig dokumentet till sina besök.

Övergången till en digital Min vårdplan ligger längre fram. Under hösten 2018 kommer de kliniker som har arbetet befast att få, om möjligt, genomföra ett pilotprojekt.

Användandet av Min Vårdplan har också en tydlig koppling till patientens information och upplevd delaktighet. I PREM-enkäten skattar Region Västernorrlands responderande patienter lägre nöjdhet än rikssnittet.

Tidigare nämnd Nätverksgrupp och arbetsgruppen inom cancerrehabilitering närmar sig varandra vilket går i linje med det förväntade ökade behovet hos våra patienter. Arbetssättet med Min Vårdplan skapar utrymme att fånga upp patientens rehabiliteringsbehov och under 2018 kommer dessa vägar och möjligheter tydliggöras för våra patienter än mer.

Cancerehabgruppen med den samlade rehabprofessionen är nu en permanent arbetsgrupp. Fortsättningsvis kommer denna grupp att träffas fyra ggr/år för att arbeta framåtskridande i frågan om cancerrehabilitering.

3.3 Definition av välgrundad misstanke

Har landstinget erfarenheter som landstinget vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke? I så fall specificera för vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.

För vårdförloppen inom urinorganen finns synpunkter om att tratten är för "vid". Konsekvenserna blir att volymen utredningar blir påfrestande för urologin. Detta i kombination med brist på urologer gör situationen svårhanterlig. Detta får konsekvenser på hela SVF-arbetet och medför omprioriteringar/undanträngningseffekter. En reviderad version av SVF för cancer i urinblåsa/urinvägar har nyligen fastställts vilket kan göra situationen mer hanterlig. Liknande farhågor finns även inom prostataprocessen.

4. Information och förankring

4.1 Patienter och närstående

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av SVF även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bl.a. bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

a) Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med handlingsplanen?

Sedan hösten 2016 har Region Västernorrland samordnat ett Diagnosoberoende patient- och närståenderåd. Möten hålls fyra ggr per år. Rådet har tagit del av "Handlingsplanen 2018" och inkommit med synpunkter. De har involverats och varit en viktig del i utvecklingsprocessen. Till denna grupp pågår "rekryteringsarbete". Tanken är att gruppen som helhet ska representera olika diagnoser samt ha en representation av både män och kvinnor, samt yngre och äldre. Vi kommer att lägga fokus på att försöka engagera och involvera medlemmar som representerar den yngre patientens krav och behov på hälso- och sjukvården.

Förutom det beskriva rådet ovan samverkar RVN med ett lokalt nätverk bestående av företrädare från Träpatronerna (en prostatacancer-förening), Gynsam och Blodsjukas förening. Detta nätverk träffas två gånger per år. Projektledaren kallar och samordnar. Syftet med dessa träffar är att involvera fler patientföreträdare i det pågående och planerade SVF-arbetet.

b) Hur avser landstinget att fortsätta involvera patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF?

Dialogen kommer att fortsätta som tidigare. Se ovan.

4.2 Vårdens medarbetare

Hur säkerställer landstinget att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp?

- Företrädare för Vårdvalsenheten och den landstingsdrivna primärvården ingår som ordinarie ledamöter i det Lokala Cancerrådet. Hemsidan uppdateras kontinuerligt.
- Genom medverkan vid Regionens Patientsäkerhetsdag och dess utställningsdel kommer tillfälle att ges till dialog med vårdens medarbetare. Vid patientsäkerhetsdagen deltar representanter från olika verksamheter och från olika yrkesgrupper.
- I samarbete med kommunikatören finns planer att på den publika hemsidan beskriva det konkreta arbetet i SVF. Exempelvis "så här arbetar vi med SVF vid Lungkliniken".
- Se 2.1

5. Uppföljning

5.1. Ledtider

a) Hur säkerställer landstinget följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt? T.ex. att koder för välgrundad misstanke och behandlingskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.

Följsamheten säkerhetsställs genom återkommande träffar med koordinatörer och kontaktsjuksköterskor. Dessa sker individuellt efter behov eller vid nätverksträffar. Tillfälle ges att reflektera kring den klinisknära statistiken och möjlighet ges att ställa frågor och lyssna in andra verksamheters erfarenhet.

Under 2018 kommer ett pilotprojekt att starta upp rörande KVÅ-koder i primärvården. I revideringen av Regelbok primärvård 2019 föreslås att KVÅ-registrering ska ske. Detta beslutas av politiken i juni 2018. På så sätt får vi primärvården mer delaktig. När de börjar registrera KVÅ-koder får de också möjlighet att kunna se statistik från sin vårdcentral och blir på så sätt mer delaktig.

Vägledning och information finns på intranätets hemsida för SVF.

b) Hur säkerställer landstinget att alla SVF får fullständig registrering av nationella mätpunkter oavsett vem som utför vården?

Vi har en automatisk avläsning från journalsystemet som länkar ihop koderna, oavsett vilken klinik inom region Västernorrland, som har satt dem. Koderna godkänns bara om

det finns start och avslut. Om det fattas en startkod så får vi detta på en fellista som avläses regelbundet. Vi återkopplar detta till respektive klinik. Hos klinikerna följer man patienten, först på klinikknivå med "Projekt", så de blir avslutade (se punkt 1.3c). Sedan kontrollerar koordinatörerna i det system som ska skicka rapporterna till SKL, att patienten har lästs in. Finns inte patienten där så söker vi felet, åtgärdar och läser om rapporten innan leverans till SKL. Se punkt 1.3b

c) *Hur avser landstinget att följa upp och använda resultaten av de nuvarande nationella mätningarna i det fortsatta arbetet med de införda standardiserade vårdförloppen?*

Vi hämtar resultat månadsvis och skickar till kliniker och ledning. En koordinatör har även fått behörighet till SKL's databas för att utvärdera om det finns ett värde att fler på klinikknivå ska kunna läsa data där själv. Att involvera verksamheten i statistik och resultatuppföljning är ett led i att flytta ut ägarskapet till respektive klinik. Under 2018 planerar vi att, som ett pilotprojekt, införa SVF-INCA. Se 1.1b

5.2 PREM-enkäten

Hur avser landstinget att analysera och tillgodogöra sig resultaten av den PREM-enkät som ska användas för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2018?

Ja, samtliga SVF kommer att omfattas av vår beställning. Region Västernorrland kommer att följa de nationella rekommendationerna avseende PREM-mätningarna.

Resultaten diskuteras i det Lokala cancerrådet, Diagnosberoende patient- och närståenderådet samt i Nätverksgruppen. Informationen från PREM-enkäten är ett mycket viktigt styrmedel för projektets fortsatta utvecklingsarbete.

6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

6.1 Fortsatt arbete

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstinget och för invånare och patienter.

Hur arbetar landstinget med att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Sedan projektets start har det arbete som genomförts varit långsiktigt riktat till ett befast arbetssätt år 2020. För Region Västernorrland är projektet en investering inför framtida

satsningar även inom andra områden. Men utmaningar finns. Nedan en beskrivning av dessa och planerade åtgärder.

Utmaning	Åtgärd
<p>Viktiga och avgörande frågor kopplade till projektet ligger idag på ett fåtal personer. Detta medför en sårbarhet som får konsekvenser för samordning och kvalitetssäkring.</p>	<p>Införande av Lokala processledare.</p>
<p>Konsekvenserna av bristande information om SVF i patientens första möte med vården, påverkar patienternas helhetsupplevelse. Behovet av en ökad tydlighet i informationen till patienterna måste fortsätta kommuniceras från SVF-projektledningen och specialistvården. Målet är en välinformerad patient. Brister i detta syns tydligt i PREM-enkäten. Konsekvenser av bristande information och kommunikation kan leda till oklarheter om nästa steg i behandlingen och försämra förutsättningarna för egenvård. Brister i tillgänglig information skapar stopp i vårdprocesser.</p>	<p>Kontinuerlig uppdatering hos vårdens medarbetare om syftet med projektet kopplat till målet 2020.</p> <p>Ta fram och implementera patientmaterial.</p>
<p>Möjligheten att erbjuda god cancerrehabilitering är resurskrävande och ställer höga krav på samordning mellan flera olika vårdgivare. Detta område kommer att öka och involvera såväl specialistvården som primärvården.</p>	<p>Fortsatt arbete i cancerrehabgruppen med syftet att skapa förutsättningar och strukturer för samverkan med Rehabklinken och primärvården.</p>
<p>Finansieringen av framförallt kontaktsjuksköterskor och koordinatörer är tidsbegränsade projektfinansieringar.</p>	<p>Fortsatt finansiering genom regionens egen budget samt från nationella satsningar.</p>
<p>I dialog med Patientföreningar (Gynsam, Träpatronerna och Blodsjukasförening) inkommer synpunkter om vikten av ökad information om SVF i primärvården. Som företrädare för patientgrupper ser de att både primärvårdens vårdgivare och</p>	<p>Se ovan.</p>

patienter har stor nytta av ökad information för ökad möjlighet att nå målen 2020.	
--	--

6.2 Mål för 2020

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF ([se beräkningsunderlag](#)) och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen. Se bilaga 2.

- a) *Hur bedömer landstinget sitt nuläge och vilka förändringar ser landstingen att de kommer att behöva göra avseende t.ex. infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning för att kunna nå upp till målet 2020.*

Arbetet med införande av SVF fungerar till stora delar väl, där inrättande av koordinatorkfunktion, kontaktsjuksköterskor och öronmärkta undersöknings- och mottagningstider ute i verksamheterna är viktiga komponenter.

Vi behöver utveckla samarbetet mellan primärvården och specialistvården. Införandet av en koordinatorkfunktion i primärvården som samarbetar med specialistvården är ett förslag till ett förbättrat samarbete. Denna funktion, placerad vid en primärvårdsenhet eller som ansvarar för flera primärvårdsenheter, skulle kunna verka som en kontaktperson mellan Primärvård och Specialistvård. Fortsatta satsningar på utbildningsinsatser för primärvården och specialistvården. Fortsatt arbete med underlättande stödsystem och strukturer. Som exempelvis bättre system för skrivande och hantering av remisser för de olika vårdförloppen.

Kompetensutvecklings- och utbildningsinsatser av olika slag till alla delar i SVF-processerna är något som bör fortsätta. Det är ett kontinuerligt arbete över tid. Det finns både generell och specifik kunskap som behöver befästas löpande. Fortsätta redan igångsatt arbete med kompetensförstärkning inom diagnostikområdena samt operation/anestesi.

RVN ser goda möjligheter att inom ramen för den nationella kunskapsstyrningsmodellen också dra nytta av SVF och dess arbetssätt.

- b) *För vilka diagnoser bedömer landstinget att det kommer att krävas störst insatser för att uppnå 2020-målet?*

Störst insatser krävs inom de stora tumörgrupperna lungcancer, prostatacancer och övrig urologi, tjock- och ändtarmscancer samt bröstcancer. Med tanke på att vi här har de stora volymerna av utredningar

och patienter krävs ett långsiktigt arbete, planering och kontinuerlig uppföljning för att över tid klara målet.

Vi ser att de SVF vi har svårast att klara målen för är SVF där första behandling, vanligtvis operation sker i annat landsting, för RVNs del oftast på Norrlands universitetssjukhus (NUS). Här behöver vi undersöka vad som förlänger ledtiderna, är t.ex. logistiken i RVN optimal?

c) *Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?*

RVN avser att fortsatt arbeta med utveckling, bland annat inom följande områden:

- Kompetensförsörjning kommer även fortsättningsvis att prioriteras. Särskilda behov finns inom t.ex. lung- och diagnostikområdet.
- Fortsätta utveckla samverkan med de övriga Regionerna i Norra sjukvårdsregionen.
- Internt behöver vi fortsätta att utveckla samverkan mellan verksamheten och stabstöd så att verksamheten kan ges relevant stöd i rätt tid och med rätt kompetens.
- RVN planerar att inom ramen för samverkan i Norra sjukvårdsregionen de kommande åren investera i en PET/CT i Sundsvall.

Vi ska vara uthålliga och långsiktiga – ting tar tid. "Lite bättre för varje dag" är ett förhållningssätt vi kommer att tillämpa även för det här viktiga verksamhetsområdet.

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer (cervix)
- Livmoderkroppscancer (endometrie)
- Lungcancer
- Lymfom
- Malignt melanom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Njurcancer
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock-och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägscancer
- Äggstockscancer

- **Standardiserade vårdförlopp som ska införas 2018**
- Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>